

MRI検査事前問診

患者氏名 _____

OMRI検査を受ける事ができません(禁忌)

- | | はい | いいえ |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 心臓にペースメーカーや除細動器を埋め込まれている方 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 人工内耳などの埋め込み型電子機器を埋め込まれている方 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. スtent(心臓、胆道、尿道など)を挿入し、2ヶ月以内の方 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 妊娠の可能性のある女性 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 閉所恐怖症の方 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OMRI事前問診で注意が必要

- | | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 脳外科クリップを挿入している方
「はい」の場合はMRI検査の既往、クリップの材質確認(手術施行施設にて) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. V-Pシャントが入っている方(V-AやL-Pタイプもあり)
検査終了後バルブ圧の調整が必要な場合がある。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 入れ墨(眉も含む)を入れている方
変色や発熱、刺激がある場合がある。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 磁気装着型インプラント(入れ歯)の方
検査後、装着できない場合がある。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 金属顔料を含む化粧品、コンタクトレンズをされている方
発熱、刺激がある場合がある。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 手術等で体内に金属が入っている方(女性には、避妊リングも確認)
発熱や刺激、撮影部位によっては画像に影響がある場合がある。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

判断 1. 2に関しては確認がされれば検査は可能です。

3～6に関しては患者様の了解が得られれば可能です。

総合判断 : 検査が できる できない (どちらかに○をしてください)